

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 9. Januar 2015 gutgeheissen und das Urteil aufgehoben (8C\_784/2014).

**200 14 54 IV**  
LOU/SCM/KRK

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. August 2014**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_,  
Fürsprecher **C.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin



gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 29. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 6. April 2009 unter Hinweis auf Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht, insbesondere der Einholung zweier interdisziplinärer Gutachten (act. II 25.1 f.), sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 27, 29 f.) verfügte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) am 18. Oktober 2010 (act. II 31) die Abweisung des Rentenbegehrens. Dabei erwog sie im Wesentlichen, dass der Versicherten gemäss den interdisziplinären Gutachten aus psychiatrischer Sicht bei einer Leistungseinschränkung von 10 - 15 % ein volles Arbeitspensum zumutbar sei. Gegen diese Verfügung wurde keine Beschwerde erhoben.

Am 22. Oktober 2010 (act. II 34) teilte die IVB der Versicherten mit, dass sie den am 19. Oktober 2010 eingegangenen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. Oktober 2010 (act. II 33) dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorlegen und bis am 30. Oktober 2010 über das weitere Vorgehen informieren werde. Nach zweimaliger Rücksprache mit dem RAD (act. II 35, 45), einer weiteren Stellungnahme durch den psychiatrischen Gutachter (act. II 37) sowie nach Einholung eines Abklärungsberichts Haushalt (act. II 51 bzw. 67) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 2. Februar 2012 (act. II 52) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 53), woraufhin eine erneute Stellungnahme des RAD (act. II 54) und zusätzlich ein versicherungspsychiatrisches Gutachten (act. II 65.1) eingeholt wurden. Am 29. November 2013 (act. II 75) verfügte die IVB – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 68, 70, 74) – bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 31 % (Status von 80 % Erwerb mit einer gewichteten Invalidität von 30 % sowie Haushaltsanteil von 20 % mit einer gewichteten Invalidität von 0.8 %) die Abweisung des Rentenbegehrens.

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher C. \_\_\_\_\_ von B. \_\_\_\_\_, am 17. Januar 2014 Beschwerde und beantragte – unter Kosten- und Entschädigungsfolge – die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 26. März 2014 bzw. mit Duplik vom 2. Mai 2014 hielten die Parteien an ihren jeweiligen Ausführungen fest.

Aufforderungsgemäss reichte Fürsprecher C. \_\_\_\_\_ am 19. Mai 2014 seine auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte Kostennote ein.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen

über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 29. November 2013 (act. II 75). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

Zunächst ist zu klären, ob die angefochtene Verfügung aufgrund einer Neuanmeldung erlassen wurde oder ob es sich dabei um eine Wiedererwägung der gestützt auf die Erstanmeldung vom 6. April 2009 (act. II 2) erlassenen ursprünglichen Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) handelt.

**2.1** Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das Telefonat vom 17. Mai 2011, mit welchem sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nach dem Verfahrensstand erkundigte (act. II 38), als Neuanmeldung. Dabei verkennt sie, dass der Anruf nicht durch die Beschwerdeführerin selbst erfolgte, sondern durch deren behandelnde Psychiaterin.

Nach Art. 29 Abs. 1 ATSG hat, wer eine Versicherungsleistung beansprucht, sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden. Ein Verfahren wird demnach nicht von Amtes wegen eingeleitet. Eine Anmeldung zum Leistungsbezug bei der IV hat mittels eines amtlichen Formulars zu erfolgen (Art. 65

Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). War bereits früher eine Anmeldung erfolgt, ist für die Geltendmachung neuer Leistungen (Neuanmeldung) zumindest ein formloses schriftliches Begehren notwendig (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung per 1. Januar 2014 [KSVI], Rz. 1006). Ein blosser Telefonanruf dürfte diese formale Anforderung für eine Neuanmeldung nicht erfüllen. Weiter sind zur Geltendmachung des Anspruchs die Versicherten, deren gesetzliche Vertreter bzw. Vertreterinnen sowie Behörden oder Dritte, welche die Versicherten regelmässig unterstützen oder dauernd betreuen, befugt (Art. 66 Abs. 1 IVV). Behandelnde Ärzte oder Ärztinnen sind unter Umständen zwar zur Anmeldung einer versicherten Person legitimiert, jedoch haben sie sich mittels entsprechender Vollmacht auszuweisen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Mai 2011, 9C\_61/2011, E. 2.4; vgl. auch KSVI, Rz. 1019). In den Akten befindet sich – soweit ersichtlich – keine entsprechende Vollmacht, die die behandelnde Psychiaterin zu einer Anmeldung zum Leistungsbezug namens der Beschwerdeführerin ermächtigt hätte. Demnach dürfte die telefonische Nachfrage von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2011 den formalen Voraussetzungen insgesamt nicht genügen. Letztlich kann aber aus den nachstehenden Gründen (E. 2.2 f. hiernach) offen bleiben, ob die Formvorschriften einer Neuanmeldung eingehalten wurden.

**2.2** Gegen die am 18. Oktober 2010 (act. II 31) ergangene Verfügung ist unbestritten keine Beschwerde erhoben worden.

Bereits mit Schreiben vom 6. Oktober 2010 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 8. Oktober 2010) hatte die behandelnde Dr. med. D. \_\_\_\_\_ kurz begründet, weshalb sie die Beschwerdeführerin für eingeschränkt arbeitsfähig hält (act. II 29). Zudem wies sie darauf hin, dass sie vom 13. September bis zum 4. Oktober 2010 abwesend und deshalb nicht in der Lage gewesen sei, zu dem von der Beschwerdeführerin am 30. September 2010 erhobenen Einwand (vgl. act. II 30) eine medizinische Begründung abzugeben. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ stellte ausdrücklich in Aussicht, einen entsprechenden Bericht so bald als möglich nachzureichen. Sie verfasste den derart angekündigten Arztbericht am 15. Oktober 2010 (act. II 33). Dieser ging bei der Beschwerdegegnerin am 19. Oktober 2010 und somit ei-

nen Tag nach Verfügungserlass ein. Mit Schreiben vom 22. Oktober 2010 (act. II 34) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, sie werde den eingegangenen Arztbericht dem RAD zur Prüfung unterbreiten und sie bis spätestens zum 30. Oktober 2010 über das weitere Vorgehen informieren. Konkret werde sie ihr bis zu diesem Zeitpunkt mitteilen, ob am Entscheid festgehalten oder darauf zurückgekommen werde. Bereits am 21. Oktober 2010 hatte die Beschwerdegegnerin eine Anfrage beim RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, getätigt (act. II 35 S. 1 f.). Dessen Beurteilung erfolgte wegen eines verwaltungsinternen Fehlers indessen erst am 13. Januar 2011 (act. II 35 S. 3 f., act. II 45 S. 1 Ziff. 1). In Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin am 21. Oktober 2010 an ihn gerichteten Fragen hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ darin fest, der Arztbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 müsse noch berücksichtigt werden, zumal auch er der Ansicht sei, die psychiatrische Hauptdiagnose im Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 25.1), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, könne nicht zutreffend sein. Dieser solle dazu Stellung nehmen. Diese Beurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ löste weitere Abklärungen beim Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus. Letzterer reichte in der Folge seine ergänzende Stellungnahme vom 18. Januar 2011 ein (act. II 37), worauf am 5. Januar 2013 eine neuerliche Begutachtung durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, veranlasst wurde (act. II 65.1).

Mit der Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2011 (act. II 35 S. 3 f.) wurden die Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt fortgesetzt, so wie es die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ja bereits am 22. Oktober 2010 (act. II 34), gestützt auf den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 (act. II 33), in Aussicht gestellt hatte. Die am 21. Oktober 2010 (act. II 35 S. 1 f.) und somit unmittelbar nach Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) in die Wege geleiteten Sachverhaltsergänzungen erfolgten demnach von Amtes wegen und ohne das Dazutun der Beschwerdeführerin. Sie konnten somit gar nicht infolge des erst im Mai 2011 erfolgten Telefonats von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ veranlasst werden. Die Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme der Abklärungen im Januar 2011 (vgl. act. II 36) und letztlich der Erlass der neuen hier angefochtenen Verfügung am 29. November

2013 (act. II 75) erfolgten offensichtlich ausschliesslich aufgrund der Erkenntnis der Beschwerdegegnerin, dass sowohl die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 (act. II 33) wie auch des RAD-Arztes vom 13. Januar 2011 (act. II 35 S. 3 f.) das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 25.1) als nicht nachvollziehbar qualifizierten und deshalb im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) von einem unvollständig erstellten Sachverhalt ausgegangen werden musste. Folgerichtig wurden denn aus diesem Grund auch die weiteren Abklärungen eingeleitet.

**2.3** Verfahrensrechtlich steht unter diesen Umständen fest, dass die Verfügung vom 29. November 2013 (act. II 75) nicht aufgrund der angeblichen Neuanschuldung vom Mai 2011 erlassen wurde, weshalb hier – wie gesagt – deren Zulässigkeit nicht geprüft zu werden braucht (vgl. E. 2.1 hiervor). Vielmehr ist die angefochtene Verfügung (auch) als Wiedererwägungsverfügung zu qualifizieren, mit der die ursprüngliche, unangefochten in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) aufgehoben wurde, weil sie sich als zweifellos unrichtig erwiesen hatte und deren Berichtigung von erheblicher Bedeutung war (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG). Gemäss der Rechtsprechung dient die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, 115 V 308 E. 4a cc S. 314). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG), was hier der Fall ist (E. 2.2 hiervor). Offen bleiben kann, ob die Beschwerdegegnerin durch die angeordneten Abklärungsmassnahmen die Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) nicht bereits zu diesem Zeitpunkt de facto in Wiedererwägung gezogen hat.

Bei diesem Zwischenergebnis braucht nicht geklärt zu werden, ob das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2010 (Zusicherung der Bekanntgabe des weiteren Vorgehens bis zum 30. Oktober 2010 [act. II 34]) als bindende Zusicherung zu qualifizieren ist und die Verwal-

tung im Rahmen des Vertrauensschutzprinzips somit daran gebunden gewesen wäre (vgl. Art. 9 der Bundesverfassung [BV; SR 101]).

**2.4** Mit der wiedererwägungsweisen Aufhebung der Verfügung vom 18. Oktober 2010 (act. II 31) ist der Leistungsanspruch auf den Zeitpunkt der ursprünglichen Anmeldung vom 6. April 2009 (act. II 2) hin zu beurteilen. Vorliegend streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung ihres Anspruchs, mithin ab dem 1. Oktober 2009, einen Rentenanspruch hat (Art. 29 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 ATSG; vgl. auch E. 6.4 hiernach).

### **3.**

**3.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**3.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**3.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**3.4** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHl 1998 S. 121 E. 1b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.1).

**3.5** Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.6** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

#### **4.**

Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

**4.1** Am 11. bzw. 16. August 2010 wurde die Beschwerdeführerin von den Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Rheumatologie FMH, interdisziplinär begutachtet (Gutachten vom 24. August 2010 [act. II 25.1 und 26.1]).

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (act. II 25.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F 34.1), bestehend seit zirka April 2010. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4), bestehend seit den 80er Jahren, exakter Zeitpunkt des Beginns nicht klar zu evaluieren, mit depressiven Phasen 2001 und 2005, eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit selbstunsicheren, zwanghaften und dependenten Zügen (ICD-10 Z 73.1), bestehend seit der Adoleszenz sowie einen schädlichen Gebrauch von Tabak (ICD-10 F 17.1), bestehend seit Jahren. Weiter stellte er folgende Diagnosen, deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden konnte: ein rezidivierendes Lumbovertebral-

syndrom, mittelgradige Osteochondrose von LWK5 / SWK1, am 9. August 2010 einen Velosturz mit Kontusionsmarken und Erosionen im Bereich Kinn und präpatellar linksbetont sowie einen Verdacht auf subklinische Hypothyreose (S. 26 f. Ziff. 4). Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte aus, die depressiven Beschwerden hätten aktuell nicht ein Ausmass, welches die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertige (S. 29). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine körperlichen Einschränkungen, die Beschwerdeführerin habe jedoch leichte Defizite in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sowie Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfe im Bereich Hausdienst und Buffet in einem Hotelzentrum (S. 3) sei ihr aktuell ein volles zeitliches Arbeitspensum bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 - 15 % zumutbar (S. 32 Ziff. 1, 3 f., vgl. auch S. 33 f. Ziff. 9 f., 12 f.).

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten (act. II 26.1) eine Dysthymie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit selbstunsicheren, zwanghaften und dependenten Zügen, ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, mittelgradige Osteochondrose von LWK5 / SWK1, einen Nikotinkonsum von zirka 15 pack years sowie am 9. August 2010 einen Velosturz mit Kontusionsmarken und Erosionen im Bereich Kinn und präpatellar linksbetont (S. 5 Ziff. III). Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestünden in den bisher ausgeführten Tätigkeiten (als ..., ..., ..., ..., ... und ... [S. 3 Ziff. I lit. D]) wie auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastendem Arbeitsprofil keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 8).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtigte, kamen die Gutachter zum Schluss, dass derzeit für die bisher ausgeübten Tätigkeiten auf die Einschätzungen aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht – volles zeitliches Arbeitspensum bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 - 15 % – abgestützt werden könne (act. II 26.1 S. 8).

**4.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2010 (act. II 33) zum Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 25.1) fest, dass die Beschwerdeführerin – entgegen der vom Gutachter gestellten Diagnose (act. II 25.1 S. 26 Ziff. 4.1) – nicht an einer Dysthymia, sondern an schweren depressiven Episoden mit teilweise psychotischen Symptomen leide (vgl. auch Diagnose gemäss Zwischenbericht vom 20. Juni 2011 [act. II 40]). Dies ergebe sich insbesondere mit Blick auf die ICD-10-Beschreibung der Dysthymia: „[...] *In der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung können allerdings die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein. [...] Das wesentliche Kennzeichen ist die langdauernde depressive Verstimmung, die niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradig depressive Störung zu erfüllen.*“ Die Diagnosestellung und Therapieempfehlungen seien aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Aufgrund der psychiatrischen Krankheit bestehe lediglich eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit.

**4.3** Der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2011 (act. II 35 S. 3 f.) eine rezidivierende Depression wechselnder Schweregrade. Weiter führte er aus, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe recht, auch für ihn sei klar, dass im Krankheitsverlauf früher mindestens drei dokumentierte schwere depressive Episoden aufgetreten seien. Auch die bisher erfolgreiche Behandlungsstrategie mit Lithium durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei eine ausreichende Begründung, weshalb es sich hier nicht um eine Dysthymie handle. Nach seinem Eindruck habe Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Dysthymie diagnostiziert (act. II 25.1 S. 26 Ziff. 4.1), weil die Symptomatik bei seiner Untersuchung insgesamt leichtgradig gewesen sei. Dabei übersehe er aber, dass früher schwere Episoden vorgekommen seien. Diese wiederum habe er korrekt als rezidivierende depressive Episoden, jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, eingeordnet. In Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, dass der Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 (E. 4.2 hiervor) noch berücksichtigt werden müsse. Die psychiatrische Hauptdiagnose im Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ könne aus den von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dargelegten Gründen nicht zutreffend sein. Der Gutachter solle sich hierzu äussern.

**4.4** Bezugnehmend auf die Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 33) räumte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ am 18. Januar 2011 (act. II 37) ein, dass die von ihm gestellte Diagnose der Dysthymia dahingehend kritisch diskutiert werden könnte, als gemäss der Klassifikation gemäss ICD-10 ein mindestens mehrere Jahre dauernder Verlauf gefordert werde. Es handle sich um einen Problembereich von Klassifikationssystemen. Hier bestünde das Dilemma, dass bei der Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt zwar eine gewisse diskrete depressive Symptomatik bestanden habe, diese sich aber nicht eindeutig in eine passgenaue Diagnoseschublade zwängen lasse. Die Kompromisslösung der Diagnose der Dysthymia bilde die diskrete depressive Symptomatik zum Untersuchungszeitpunkt von der Symptombeschreibung her zwar am besten ab, habe aber bei genauer Anwendung der ICD-10-Kriterien in jedem Fall den „Pferdefuss“ des zeitlichen Kriteriums. Vice versa lasse sich aber für den damaligen Zeitpunkt die Symptomatik von der Ausprägung her in keinem Fall als eine mindestens leichtgradige depressive Episode bewerten, schon gar nicht als schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Unbestritten sei weiter, dass eine rezidivierende depressive Störung bestehe. Deren Remission begründe sich damit, dass zum Untersuchungszeitpunkt keine so ausgeprägte depressive Symptomatik bestanden habe, welche die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertige. Deshalb habe er dieser Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Auch hier bestehe wiederum ein Problem der Darstellung im ICD-10-Klassifikationssystem. Zusammenfassend habe die psychiatrische Symptomatik zum Untersuchungszeitpunkt höchstens eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im gemäss Gutachten vom 24. August 2010 beschriebenen Ausmass (vgl. E. 4.1 hiervor) gerechtfertigt.

**4.5** Im Zwischenbericht vom 20. Juni 2011 (act. II 40) diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ rezidivierende schwere depressive Episoden mit Neigung zu psychotischen Symptomen und mehreren Suizidversuchen, unter Lithiumtherapie und Remeron aktuell symptomfrei, ICD-10 F 32.3. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei vom 26. Juni bis 8. Oktober 2001 erstmals wegen depressiver Episoden hospitalisiert gewesen (vgl. act. II 25.2 S. 16 f.). Seit damals hätten immer wieder auch schwere depressive Episoden mit psychotisch anmutenden Symptomen und Suizidalität mit wie-

derholten Suizidversuchen und weitem psychiatrischen Hospitalisationen vorgelegen. Da die Krankheit nicht geheilt werden könne, gehe die Behandlung auf unbestimmte Zeit weiter (S. 1 Ziff. 1 - 3). Die Beschwerdeführerin sei zu 50 % arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 5). Sie könne zu 50 % im ... arbeiten, vorausgesetzt die Arbeiten seien einfach und es bestehe kein grosser Zeitdruck. Weiter müsse genügend auf Ruhezeiten geachtet werden und es sollte nicht mehrere ganze Tage am Stück gearbeitet werden, sondern regelmässig jeweils ein halber Tag (S. 3 Ziff. 2).

**4.6** Med. pract. I. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2011 (act. II 44) eine schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen unter Lithiumtherapie sowie eine chronische Eisenmangelanämie. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe laufend eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit, wobei mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht gerechnet werden könne.

**4.7** Im Bericht des RAD vom 14. November 2011 (act. II 45) bestätigte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die im psychiatrischen Gutachten gestellten Diagnosen (vgl. E. 4.1 hiervor) und führte aus, in den ärztlichen Berichten werde seit 2009 nirgends von einer „Verschlechterung“ gesprochen. Damit sei davon auszugehen, dass es sich bei den unterschiedlichen Diagnosestellungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.1 und 4.4 hiervor) und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 4.2 und 4.5 hiervor) um eine differente Beurteilung desselben Sachverhalts handle, weshalb die gutachterliche Beurteilung weiterhin massgeblich sei. Seit April 2010 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit bei einer Leistungsverminderung von 10 % bis 15 %.

**4.8** In seinem Gutachten vom 5. Januar 2013 (act. II 65.1) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung im Sinne einer anhaltenden Depression mit mittelgradigen bis einzelnen schwerer ausgeprägten Symptomen (ICD-10 F 33.1) sowie Zeichen eines residuellen Zustandsbildes (S. 16 Ziff. 4). Es seien erhebliche residuelle Beeinträchtigungen festzustellen, wobei vor allem erhebliche Antriebsverlangsamung, psychomotorische Hemmung, nivellierte Grundstimmung und Affektivität, psychomotorische Blockierungen, reduzierte psychische Reagibilität mit Ratlosigkeit, erhöhte Ermüdung und Erschöpfbarkeit und einzelne mnestiche Einschränkungen bezüglich

Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit zu nennen seien. Diese Beeinträchtigungen wirkten sich auf die bestehende Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem ... ungünstig auf Ausdauer, Konzentration, Flexibilität sowie anhaltend speditives und sorgfältiges Arbeiten aus. Diese Tätigkeit sei weiterhin in einem Pensum von fünf Stunden pro Tag an fünf Wochentagen zumutbar. Dabei bestehe eine Leistungsverminderung von durchschnittlich 10 % (bezogen auf ein Pensum von 8.5 Stunden pro Tag). Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr sei von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bescheinigt, wobei in den Zeugnissen und Berichten explizit keine Zeitangabe vorliege. Faktisch habe die Beschwerdeführerin seit der ersten psychiatrischen Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik X im Jahr 2001 mit grosser Wahrscheinlichkeit keine anhaltende Leistungsfähigkeit von über 50 % mehr erbracht. Ab Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung vom 18. Juni 2012 könne eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werden. In einer anderen Tätigkeit könnten die verbleibenden Fähigkeiten nicht besser verwertet werden (S. 23 ff., Ziff. 1 f., 4 - 6, 10).

**4.9** Auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2013 (act. II 65.1) kann vorliegend abgestellt werden. Es erfüllt die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.5 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Der Gutachter legt überzeugend dar, dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 18. Januar 2011 (vgl. E. 4.4 hiavor) diagnostisch vor allem vom Zustand zum Zeitpunkt der damaligen Begutachtung ausgegangen sei. Im Rahmen einer Begutachtung bestimmten jedoch nicht vor allem der aktuelle Zustand, sondern insbesondere auch Anamnese, Krankengeschichte und Verlauf den versicherungspsychiatrischen Sachverhalt mit und es sei auf dieser umfassenden Basis eine prognostische Stellungnahme und Ableitung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse die Krankengeschichte

seit 1996 einbezogen werden (act. II 65.1 S. 20). Diese zeige, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2001 aufgrund einer mittelgradigen Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F 33.1) drei Monate in der psychiatrischen Klinik X hospitalisiert gewesen sei (vgl. act. II 25.2 S. 16 f.), in deren Verlauf sich eine gefährliche Suizidalität gezeigt habe. Im Jahr 2005 sei nach einer weiteren sechsmonatigen Hospitalisation eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden, die bei Austritt remittiert gewesen sei (vgl. act. II 25.2 S. 13 - 15). Insbesondere seit diesen beiden schweren depressiven Phasen könne die Beschwerdeführerin gemäss den nachvollziehbaren Darlegungen der behandelnden Ärzte (Berichte bzw. Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ [act. II 6 S. 2, act. II 33, 40 f.]; Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH [act. II 19]; Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ [act. II 44]) noch eine Leistung von 50 % erbringen und seit 2001 sei eine regelmässige psychiatrische Behandlung erfolgt (vgl. act. II 33 S. 1), die auch einer stets drohenden Verschlechterung vorbeuge (act. II 65.1 S. 16, 18 f.). Zwar attestiert Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die 50 %ige Arbeitsunfähigkeit erst ab dem Zeitpunkt seiner Untersuchung vom 18. Juni 2012. Auf Frage hielt er aber fest, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit seit dem Jahr 2001 keine anhaltende Leistungsfähigkeit von über 50 % mehr erbracht worden sei (vgl. E. 4.8 hiervor). Insofern ist der im Sozialversicherungsrecht erforderliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht erfüllt. Mit Blick auf die von ihm, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 6 S. 2, act. II 33, 40 f.) und dem ehemaligen Hausarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (act. II 19) übereinstimmend vorgenommenen Einschätzungen, besteht allerdings seit 2001 eine grundsätzlich unveränderte gesundheitliche Situation mit einzelnen schlechteren Phasen bzw. stärkerem Auftreten der depressiven Symptome. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führt aus, der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 15. Oktober 2010 geschilderten erneuten Exazerbation depressiver Symptome beim Versuch, die Arbeitstätigkeit im Mai 2009 zu steigern (act. II 41 S. 2), könne gefolgt werden (act. II 65.1 S. 21 f.). In Würdigung dieser ärztlichen Beurteilungen ist somit überwiegend wahrscheinlich, dass sie jedenfalls ab dem hier relevanten Zeitpunkt der Erstanmeldung vom 6. April 2009 (act. II 2) schon länger als ein Jahr zu 50 % arbeitsunfähig war (Voraussetzung der einjährigen durchschnittlich mindestens 40 %igen Arbeitsunfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch

gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Was schliesslich die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F 34.1 betreffe, so führt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, diese Diagnose könne im Rückblick aus hiesiger Sicht weder in nosologischer noch in faktischer Hinsicht nachvollzogen werden. Wie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2010 (vgl. E. 4.2 hier vor) ausführe, seien die diesbezüglichen ICD-10-Kriterien alleine schon aufgrund der im Jahre 2001 und 2005 vorhandenen langwierigen schweren depressiven Episoden gerade nicht erfüllt (act. II 65.1 S. 20).

Demnach hat als erstellt zu gelten, dass bei der Beschwerdeführerin mindestens im hier relevanten Zeitraum (vgl. E. 6.4 hiernach) eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorliegt.

Sofern der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinen Kurzantworten vom 14. November 2011 (E. 4.7 hier vor) zu einem anderslautenden Schluss kommt, kann darauf nicht abgestellt werden, zumal seine Diagnosestellung seiner eigenen Einschätzung vom 13. Januar 2011 (E. 4.3 hier vor) wie auch derjenigen der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ (E. 4.2 und 4.5 hier vor) und G. \_\_\_\_\_ (E. 4.8 hier vor) widerspricht und er bezüglich der Arbeitsfähigkeit offenbar ausschliesslich auf das wie dargelegt nicht überzeugende Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom August 2010 (E. 4.1 hier vor) abstellt.

## **5.**

**5.1** Umstritten ist zunächst der Status der Beschwerdeführerin. Während die Beschwerdegegnerin bei Anwendung der gemischten Methode den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 80 % beziffert (act. II 51 S. 5 Ziff. 4, act. II 67 S. 8 Ziff. 7), stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, im Gesundheitsfall wäre sie heute zu 100 % erwerbstätig (vgl. Beschwerde S. 5 f.).

**5.2** Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prü-

fung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Es ist vielmehr zu prüfen, ob sie im Gesundheitsfall mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195).

Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 195).

**5.3** Aufgrund der Akten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin nach Ende der obligatorischen Schulzeit keinen Beruf erlernt hat (vgl. act. II 2 S. 4 Ziff. 6.2, act. II 13). Sie arbeitete von 1979 bis 1989 als ... in einer ... (act. II 71 S. 3) sowie von Juli 1989 bis im Juni 1990 als ... im K. \_\_\_\_\_ (act. II 71 S. 2). Gemäss eigenen Angaben hatte sie in der Zeit von 1979 bis 1989 weitere Stellen u.a. als ..., als ... sowie als ... inne (act. II 13, 25.1 S. 3, act. II 26.1 S. 3, act. II 65.1 S. 9). Im Jahre 1990 gab sie die Erwerbstätigkeit aus familiären Gründen auf (act. II 71 S. 2; Geburt der Tochter) und war bis im Jahr 2007 Hausfrau und Mutter (act. II 2 S. 5 Ziff. 6.4.1). Im

Jahre 2008 hat sie wiederum mehrere Erwerbstätigkeiten aufgenommen (act. II 2 S. 5 Ziff. 6.3.1 und 6.5). Seit März 2011 ist sie während fünf Stunden pro Tag als Mitarbeiterin in einem ... tätig, wobei sie dieses Pensum seit Juni 2013 auf 2.5 - 3 Stunden pro Tag reduziert hat (act. II 66 S. 1 f. Ziff. 2.1 und 2.9). In den vorhandenen Arbeitszeugnissen (act. II 71 S. 2 f.) lassen sich keine Angaben zum von 1979 bis 1990 ausgeführten Pensum finden. Unter Berücksichtigung der fehlenden Ausbildung, der Tieflohnbranchen, in welchen die Beschwerdeführerin tätig war, und mit Blick auf die gemachten Ausführungen für die Zeit vor der Geburt der Tochter, ist von einem 100 %-Pensum mit teilweisen Unterbrüchen auszugehen. Dies entspricht auch den anlässlich des Intakes der Beschwerdegegnerin vom 19. Mai 2009 (act. II 11 S. 4 Ziff. 11) sowie den im Abklärungsbericht Haushalt vom 25. Januar 2012 (act. II 51) bzw. 13. September 2013 (act. II 67) gemachten Angaben, wonach die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit 100 % arbeiten würde. Sie erhalte von ihrem Exmann keine Alimente und müsste bereits aus finanziellen Gründen 100 % arbeiten (act. II 51 S. 4 Ziff. 3.4, act. II 67 S. 4 Ziff. 3.4). Dass sie in nahezu allen Tätigkeiten nur ein geringes Einkommen erzielte (vgl. act. II 8 S. 2), ist für die Statusfestsetzung unerheblich.

**5.4** Insgesamt ist demnach in Würdigung aller Umstände und unter Berücksichtigung des Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 5.2 hiervor) erstellt, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden, entsprechend dem vor der Geburt ihrer Tochter jeweils ausgeübten Pensum zu 100 % erwerbstätig wäre.

## **6.**

**6.1** Ausgehend von der vorliegend bei einem Status von 100 % Erwerb (vgl. E. 5.4 hiervor) anwendbaren Einkommensvergleichsmethode (vgl. E. 3.3 hiervor) ist nachfolgend der IV-Grad zu ermitteln.

**6.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten,

nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**6.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**6.4** Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % hat im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug am 6. April 2009 (act. II 2) schon seit längerer Zeit, sicher aber bereits seit mehr als einem Jahr bestanden und das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit bereits erfüllt (vgl. E. 4.9 hiervor). In Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht, liegt der frühestmögliche Rentenbeginn somit im Oktober 2009 und der Einkommensvergleich ist demnach für das Jahr 2009 vorzunehmen (vgl. BGE 129 V 222).

## **6.5**

**6.5.1** Die Beschwerdeführerin hat ihre letzte Stelle vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahre 1990 nicht aus gesundheitlichen, sondern aus familiären und demnach invaliditätsfremden Gründen verlassen (vgl. act. II 71 S. 2). Sie wäre somit auch ohne Gesundheitsschaden nicht mehr an diesem Arbeitsplatz tätig, weshalb für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht vom zuletzt bei der ehemaligen Arbeitgeberin K.\_\_\_\_\_ erzielten Einkommen ausgegangen werden kann, sondern die Tabellenlöhne gemäss LSE heranzuziehen sind (SVR 2009 IV Nr. 58 S. 182 E. 2.3; Entscheid des BGER vom 10. Juni 2011, 9C\_234/2011, E. 3.3). Im Jahr 2009 arbeitete die Beschwerdeführerin offenbar von Januar bis April 2009 als ... im Stundenlohn (auf Abruf) im L.\_\_\_\_\_ und von Mai bis September 2009 zu 60 % als ... im M.\_\_\_\_\_ (act. II 67 S. 3 Ziff. 3.2). Es lag demnach kein besonders stabiles Arbeitsverhältnis vor und das tatsächlich ausgeübte Pensum lässt sich auch nicht abschliessend ermitteln, womit nicht auf den tatsächlich erzielten Verdienst im Jahr 2009 abgestellt werden kann und auch das Invalideneinkommen anhand von LSE-Werten zu ermitteln ist (vgl. E. 6.3 hiervor). Für die beiden Vergleichseinkommen ist von der Tabelle TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, auszugehen. Sind Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung und der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2008 IV Nr. 2 S. 5 E. 5.4). Da die behinderungsbedingten Einschränkungen mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % bereits berücksichtigt wurden, rechtfertigt sich vor-

liegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 6.3 hiervor). Entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit beträgt der IV-Grad der Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2009 50 %, womit ihr eine halbe IV-Rente zuzusprechen ist (vgl. E. 3.2 hiervor).

**6.5.2** Seit März 2011 war die Beschwerdeführerin während fünf Stunden pro Tag bzw. 25 Stunden pro Woche als Mitarbeiterin in einem ... tätig (vgl. E. 5.3 hiervor), womit sie die ihr noch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 4.9 hiervor) verwertet hat. Es liegt ein erwerblicher Revisionsgrund vor (vgl. E. 3.4 hiervor), womit ein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen ist. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist hierbei auf die LSE 2010, Tabelle TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, abzustellen (Fr. 4'225.-- x 12 = Fr. 50'700.--). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (Fr. 50'700.-- / 40 x 41.7 = Fr. 52'854.75) sowie an den Index für das Jahr 2011 (Nominallohnindex 2010/2011: Tabelle T39 des Bundesamtes für Statistik [BFS], Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2012, Index Frauen von 2010 [2579 Punkte] und 2011 [2604 Punkte]; abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)) resultiert für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 53'367.10 (Fr. 52'854.75 / 2579 x 2604). Das Invalideneinkommen ist nunmehr anhand des effektiv erzielten Verdienstes zu bestimmen. Dieser betrug im Jahr 2011 Fr. 21'273.-- (act. II 66 S. 8) bzw. aufgerechnet auf ein ganzes Kalenderjahr Fr. 25'527.60 (Fr. 21'273.-- / 10 [Stellenantritt im März 2011] x 12).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 53'367.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 25'527.60 ergibt sich ab dem 1. März 2011 eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'839.50, was einem IV-Grad von gerundet 52 % (vgl. zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) bzw. weiterhin einem Anspruch auf eine halbe IV-Rente (vgl. E. 3.2 hiervor) entspricht.

**6.5.3** Gemäss den vorliegenden Akten war die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr im Stundenlohn (act. II 66 S. 8), sondern zu einem fixen Pensum von 60 % bei der bisherigen Arbeitgeberin angestellt (act. II 66 S. 7). Demnach liegt erneut ein erwerblicher Revisionsgrund vor (vgl. E. 3.4 hiervor) und es ist ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen. Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist vom soeben

ermittelten, arbeitszeitbereinigten Einkommen gemäss LSE 2010, Tabelle TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, in der Höhe von Fr. 52'854.75 auszugehen (vgl. E. 6.5.2 hiervor). Angepasst an den Nominallohnindex für das Jahr 2012 (Nominallohnindex 2010/2012: Tabelle T39 des BFS, Index Frauen von 2010 [2579 Punkte] und 2012 [2630 Punkte], vgl. E. 6.5.2 hiervor) resultiert für das Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 53'899.95 (Fr. 52'854.75 / 2579 x 2630). Das Invalideneinkommen wird aufgrund des tatsächlich erzielten Verdienstes ermittelt und betrug im Jahr 2012 Fr. 26'520.-- (act. II 66 S. 7).

Wird das Valideneinkommen (Fr. 53'899.95) mit dem Invalideneinkommen (Fr. 26'520.--) verglichen, so resultiert ab dem 1. Januar 2012 eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'379.95, was einem gerundeten IV-Grad von 51 % entspricht. Damit besteht der Anspruch auf eine halbe IV-Rente im Jahr 2012 fort (vgl. E. 3.2 hiervor).

**6.5.4** Mit der gesundheitsbedingten Reduktion des Arbeitspensums auf 2.5 - 3 Stunden pro Tag bzw. zirka 13 Stunden pro Woche (30 %-Pensum) seit 11. Juni 2013 (act. II 66 S. 2 Ziff. 2.9, act. II 67 S. 4 Ziff. 3.2 [aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten]), verwertet die Beschwerdeführerin die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 4.9 hiervor) nicht mehr vollumfänglich. Es liegt ein weiterer erwerblicher Revisionsgrund vor (vgl. E. 3.4 hiervor). Erneut ist sowohl für die Ermittlung des Valideneinkommens wie auch für diejenige des Invalideneinkommens vom selben Tabellenlohn gemäss LSE, Tabelle TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, auszugehen, womit sich deren genaue Ermittlung erübrigt und der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht. Bezüglich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn kann auf das bereits Ausgeführte verwiesen werden (vgl. E. 6.5.1 hiervor). Entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit beträgt der IV-Grad der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2013 50 %, womit die bis dahin zu gewährende halbe IV-Rente zu bestätigen ist (vgl. E. 3.2 hiervor).

7.

Nach dem Dargelegten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 29. November 2013 (act. II 75) aufzuheben und der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. Oktober 2009 eine halbe IV-Rente (vgl. E. 6.5 hiervor) zuzusprechen.

## **8.**

**8.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**8.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)). Im Falle

der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerdeführerin durch Fürsprecher C.\_\_\_\_\_ von B.\_\_\_\_\_, vertreten. Der mit Kostennote vom 19. Mai 2014 geltend gemachte zeitliche Aufwand von 9.6 Stunden ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 1'248.-- (9.6 Stunden x Fr. 130.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 72.90 (Fr. 52.-- Fotokopien und Fr. 20.90 Portokosten) und 8 % Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 105.65, somit auf total Fr. 1'426.55, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. November 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2009 eine halbe IV-Rente zugesprochen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'426.55 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.